



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 08 de Diciembre de 2014 ✓ **No de Orden:** 405 ✓  
**Solicitante:** CLINICA DE ATENCION INTEGRAL, PROYECTO FONDO GLOBAL COMPONENTE VIH-SIDA NMF **Solicitud No:** 000136/2014  
No nbre de la persona natural o Jurídica suministrante **HOSPIMEDIC, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-091091-103-0  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA  
**Dirección:** 25ave. Norte pje. San Ernesto, condominio Lucila No. 1 San Salvador.

Compra de Mobiliario los cuales serán utilizados para la clínica de atención integral de este Centro Hospitalario, proyecto fondo global componente VIH-SIDA NMF

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
3	C/U	62704625	SILLON PARA TOMA DE MUESTRAS DESCRIPCION: SILLON RECLINABLE DE CUIDADO CLINICO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOVENOSOS DE SANGRADO,HEMODIALISIS, TERAPIA E.V. ETC. CON 4 POSICIONES; DE INCLINACION Y DE TRENDELEMBURG, ESTA ULTIMA ACTIVADA POR PEDALES LATERALES, ACCIONADOS POR PISTON A GAS CON APOYA BRAZOS, DESCANSA PIERNAS Y PIES ACOLCHONADOS, CON ESPUMA DE ALTA DENSIDAD RECUBIERTA POR TAPICERIA, RESISTENTE DE ALTA CALIDAD MESAS LATERALES ABATIBLES DE ALTA RESISTENCIA Y DURABILIDAD, PANELES LATERALES REMOVIBLES PARA FACIL LIMPIEZA, 4 RUEDAS; 3 CON FRENO Y 1 DIRECCIONAL, CAPACIDAD MAXIMA; 350 LIBRAS, MARCA: LUMEX, CAT: #FR566G, ORIGEN: USA, GARANTIA. UN AÑO	\$ 2,380.00	\$ 7,140.00
<b>TOTAL US:</b>				\$	7,140.00

*(TOTAL EN LETRAS) SIETE MIL CIENTO CUARENTA 00/100 DOLARES* ✓

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>
Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	Para efectos de cancelación, favor presentar factura a nombre de: PROYECTO FONDO GLOBAL COMPONENTE VIH-Sida SSF/NMF. En caso de no aceptar esta Orden, Rogamos devolverla a nuestra oficina con la debida justificación.
LUGAR DE ENTREGA:	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>
FECHA DE ENTREGA:	<b>45 DÍAS HABILES</b>
	FORMA DE PAGO: <b>Crédito 30 días</b>
	 <b>F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cañales</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b>
<b>Administrador de la Orden:</b> Dr. Carlos Gilberto Torres Peñalba Coordinador Clínica TAR	<b>Elaboro:</b>  <i>Luis Eduardo Cruz Campos</i>